

Artigo de Investigação Médica  
Mestrado Integrado em Medicina

**AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
DOENTES ONCOLÓGICOS A FAZER TRATAMENTO DE  
QUIMIOTERAPIA PÓS-CIRURGIA NO CENTRO HOSPITALAR DO  
PORTO**

Sofia Ribas Pinheiro Torres

**Orientadora: Dra. Sara Mendes Moreira, Psiquiatra**

**Co-Orientadora: Dra. Margarida Branco, Psicóloga**

## **TÍTULO**

AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS A FAZER TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA PÓS-CIRURGIA NO HOSPITAL DE DIA DO CHP- HSA

## **INTERVENIENTES NO PROJETO**

### **Instituições, Departamentos e Serviços**

- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- Centro Hospitalar do Porto (CHP), Hospital de Santo António (HSA), (CHP-HSA)
  - Hospital de Dia (HD), Departamento de Ambulatório
  - Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (SPSM-UPLPS), Departamento de Ambulatório

### **Equipa de Investigação**

#### **Constituição**

##### **Aluna**

Sofia Ribas Pinheiro Torres: aluna do 6º ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

##### **Orientadores**

Dra. Sara Moreira: Médica, Psiquiatra, Assistente Hospitalar Graduada do SPSM-UPLPS do CHP-HSA (Orientadora).

Dra. Margarida Branco: Psicóloga, Técnica Superior do SPSM-UPLPS do CHP-HSA (Co-orientadora).

##### **Outros colaboradores/investigadores**

Dr. Rui Magalhães: Licenciado em Matemática; Docente do ICBAS.UP

Eunice Paiva: Psicóloga, Estágio Profissional para a Ordem dos Psicólogos Portugueses no SPSM-UPLPS

Marta Couto: Estudante do Mestrado Integrado de Psicologia da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, estagiária do SPSM-UPLPS.

Enfermeiras do HD do CHP-HSA

##### **Funções e responsabilidades**

A conceção e elaboração da proposta e a execução do projeto são da responsabilidade da aluna

A orientadora e co-orientadora tiveram como funções a integração da aluna nos serviços envolvidos e a orientação na elaboração da proposta e execução do projeto.

## Resumo

**Introdução:** Estima-se que entre 35 a 40% dos doentes oncológicos expressam ao longo da doença dificuldades a nível psicológico que muitas vezes não são reconhecidas pelo médico. A abordagem do doente oncológico não contempla a avaliação dos aspetos psicossociais de forma organizada e sistemática.

**Objetivos:** Avaliar os índices de depressão e ansiedade em doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós cirúrgica no Hospital de Dia no Centro Hospitalar do Porto-Hospital Santo António (CHP-HSA), identificar necessidades de apoio psicológico expressas pelo doente e aferir da sua perceção da comunicação com o seu médico.

**Metodologia:** Entre Fevereiro e Maio de 2012, aplicaram-se questionários a uma amostra consecutiva de 86 doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós-cirúrgica no Hospital de Dia do CHP-HSA. Utilizaram-se a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), um questionário sociodemográfico e duas questões relativas a: auto-avaliação de ansiedade e depressão, perceção da necessidade de apoio psicológico atual e/ou futuro e perceção da comunicação com o médico.

**Resultados:** A maioria dos doentes obteve valores normais nas dimensões de ansiedade e depressão da HADS. Existe acordo observado de 70,6% na resposta à questão de auto-avaliação de ansiedade e os índices de ansiedade da HADS e de 71,7% na resposta à questão de auto-avaliação de depressão e os índices de depressão da HADS. A maior parte dos doentes não tem antecedentes psiquiátricos. As mulheres manifestam mais necessidade de apoio psicológico. A maioria dos doentes sente-se suficientemente informada acerca da sua situação clínica e satisfeita com a comunicação com o médico.

**Conclusão:** A aplicação de duas questões de auto-avaliação de ansiedade e depressão pode ser um instrumento inicial de triagem para a avaliação destas dimensões. Os índices de ansiedade e depressão encontrados são inferiores aos encontrados na literatura. Estes resultados são objeto de reflexão e enquadrados na organização dos cuidados prestados aos doentes a realizar quimioterapia no Hospital de Dia do CHP-HSA.

**Palavras-chave:** Ansiedade, depressão, doença oncológica, HADS, comunicação

## **Abstract**

**Introduction:** Between 35 to 40% of oncological patients express, during the illness, challenges on psychological bases that often are not recognized by the doctor. The oncological patient's approach doesn't contemplate the evaluation of psychosocial aspects in an organized and systematic way.

**Objectives:** Evaluate the score of depression and anxiety in oncological patients while doing the post-surgical chemotherapy in the "Hospital de Dia" in "CHP-HSA (Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo Antonio)", identify needs of psychological support expressed by the patient and the perception of the communication with the doctor.

**Methodology:** Between February and May of 2012, were applied questions to a consecutive sample of 86 oncological patients doing post-surgical chemotherapy in the "Hospital de Dia of CHP-HSA".HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) was used as well as a sociodemographic questionnaire and two questions related to self-evaluation of anxiety and depression, perception of the need of psychological support nowadays and/or in the future and perception of the communication with the doctor.

**Results:** Most patients got normal values according to the anxiety and depression of HADS. There's an agreement of 70,6% in the answer to the self-evaluation of anxiety in the HADS and 71,1% in the answer to the self-evaluation of depression question in the HADS. Most patients don't have psychiatric history. Women manifest more need of psychological support. The majority of patients feels sufficiently informed about the clinical situation and satisfied with the communication with doctors.

**Conclusion:** The use of the two questions on the self evaluation anxiety and depression can be a screening instrument to an evaluation of such dimensions. Scores of anxiety and depression found are lower than in literature. These results are to be thought and set into the organization of care taker offered to the patients who are doing chemotherapy in the Hospital de Dia do CHP-HAS.

**Key-Words:** Anxiety, depression, oncological disease, HADS, communication

## Introdução

Na atualidade, o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, logo a seguir às doenças cardiovasculares. Em 2006 foram diagnosticadas 13141 novas neoplasias malignas na Região Norte, a que correspondeu uma taxa de incidência de cancro de 399.6/100000. A taxa de incidência de cancro foi de 469.4/100000 nos homens (7461 casos) e de 334.3/100000 nas mulheres (5680 casos). Relativamente a 2005, verificou-se um aumento de 2% no número de casos registados. Mais de metade da patologia oncológica da região norte corresponde a colorectal, próstata, mama e estômago. Para estas estatísticas, contribuíram 1489 casos seguidos no Centro Hospitalar do Porto (1).

O diagnóstico de cancro é uma experiência modificadora de vida (2). Face aos avanços tecnológicos, a sobrevida relacionada com o cancro é cada vez maior. Contudo, muito pouco se sabe ainda em relação à natureza e extensão do impacto do cancro nos seus sobreviventes ou, mesmo, qual será a melhor forma de apoiar e otimizar a saúde e o bem-estar (3).

O doente oncológico experimenta desafios emocionais, físicos e psicológicos diariamente e ao longo do curso da doença (4-9). A importância das intervenções psicológicas nos doentes com cancro aumentou significativamente com o aumento da esperança de vida (10,11).

Estima-se que entre 35 a 40% dos doentes oncológicos expressam ao longo da doença dificuldades a nível psicológico que muitas vezes não são reconhecidas pelo médico (12).

Para além do medo, “*distress*”, morbilidade emocional significativa, mais de 30% dos doentes oncológicos sofrem de ansiedade e entre 20-35% sofrem de depressão o que tem um impacto significativo na capacidade do doente lidar com a doença, bem como na adesão ao tratamento recomendado (4).

A dificuldade de reconhecer a morbilidade psicológica experimentada pelos doentes parece estar relacionada com o facto do trabalho com o doente oncológico poder induzir elevados níveis de stress. Tomar decisões críticas, comunicar más notícias, confrontar-se com o insucesso das terapêuticas instituídas, prescrever tratamentos com efeitos colaterais severos, contactar com doentes com grandes alterações da sua imagem corporal e lidar com a morte, são tarefas de grande exigência emocional.

As falhas referidas pelos doentes e admitidas pelos profissionais no reconhecimento e triagem das dimensões psicossociais, parecem estar intimamente relacionadas com o facto de os profissionais de saúde se sentirem pouco competentes na comunicação com os doentes.

A transmissão de informação pouco clara nega a oportunidade do doente e família se reorganizarem, adaptarem e orientarem as suas vidas para a realização de objetivos mais alcançáveis, aspirações e esperanças realistas. Uma boa comunicação é essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade e influencia a taxa de recuperação do doente, diminuição do sofrimento, adesão ao tratamento e adaptação psicossocial (13,14).

O reconhecimento destas perturbações psicológicas é fundamental para que os doentes possam ser referenciados o mais cedo possível a fim de permitir uma intervenção mais eficaz (5).

O presente trabalho tem por objetivos avaliar os índices de depressão e ansiedade nos doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós cirúrgica no Centro Hospitalar do Porto, caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico esta população, avaliar a existência, ou inexistência, de antecedentes psiquiátricos, avaliar a perceção do doente da necessidade atual ou futura de apoio psicológico para si ou família e avaliar a perceção da comunicação médico-doente.

## **Materiais e Métodos**

Entre Fevereiro e Maio de 2012, foram aplicados questionários a uma amostra consecutiva de 86 doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós cirúrgica no Hospital de Dia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António (CHP-HSA).

Foi um estudo de participação voluntária, havendo a possibilidade de desistência em qualquer momento. Todos os doentes inquiridos foram informados por escrito dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e informado, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

O presente projeto foi aprovado pelo Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI (Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHD-HSA) e da Comissão de Ética para a Saúde do CHP – parecer 257/11 (163-DEFI/243-CES).

A aplicação dos questionários decorreu nas instalações do Hospital de Dia do CHP-HSA e foi realizada presencialmente por duas estagiárias de Psicologia e pela autora da tese de mestrado. Os questionários foram aplicados na sua totalidade por estes três elementos que obtiveram formação prévia com uma Psicóloga Clínica (co-orientadora do estudo) do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do CHP-HSA) com vista à familiarização com os instrumentos e uniformização da sua aplicação.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: doente oncológico, com cirurgia oncológica prévia, a fazer quimioterapia em regime de ambulatório no Hospital de Dia do CHP-HSA, com idade superior ou igual a 18 anos e com ausência de défice cognitivo aparente.

Foram recolhidos dados sociodemográficos dos doentes (sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional atual e se o doente vive só ou acompanhado) e dados relativos à doença oncológica através da consulta do processo clínico, nomeadamente, tipo de cancro, data do diagnóstico, data da cirurgia e do início da quimioterapia e situações de recidiva (s).

Os doentes foram, ainda, inquiridos relativamente a antecedentes psiquiátricos. Levou-se a cabo a auto-avaliação de sintomas de ansiedade e depressão nos quinze dias anteriores à realização dos questionários, da necessidade de apoio psicológico e da perceção da comunicação com o seu médico.

Para o efeito colocaram-se questões diretas sobre estas temáticas, concretamente e respetivamente “Nos últimos 15 dias sentiu-se ansioso (a)?”, “Nos últimos 15 dias sentiu-se deprimido (a)?”, “Acha que neste momento, precisa de apoio psicológico?”, “Acha que futuramente poderá a vir a precisar de apoio psicológico para si ou para a sua família?”, “Sente-se informado acerca da sua situação clínica?” e “Está satisfeito com a forma como o seu médico tem comunicado consigo?”.

Para a avaliação dos índices de depressão e ansiedade utilizou-se a “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” (HADS), na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa (15). Trata-se de uma escala de auto-preenchimento que demora cerca de 10 minutos a ser completada.

É constituída por 14 itens que se dividem em duas sub-escalas que avaliam respetivamente níveis de ansiedade e depressão. Todos os itens referem-se exclusivamente ao estado emocional e não refletem sintomas somáticos (16). Os pontos de *cut-off* escolhidos foram baseados no estudo para a validação da versão portuguesa anteriormente referido, considerando valores entre 0 e 7 “normal”, entre 8 e 10 “leve”, entre 11 e 14 “moderado” e entre 15 e 21 “severo”, para qualquer uma das dimensões avaliadas (ansiedade ou depressão). Relativamente ao resultado global da HADS, valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos.

### **Análise Estatística**

Na análise dos resultados utilizou-se o teste *t-student* na comparação das variáveis quantitativas e o teste do *Qui-Quadrado* para as variáveis categóricas. O programa utilizado nesta análise foi o SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences*) v.18. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado ser significativo.

## Resultados

### Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 86 doentes, dos quais 47 (54,7%) são mulheres. A idade média é de 59,6 anos (dp=13,3), sendo que o doente mais novo tinha 20 anos e o mais velho 82 anos.

Em relação à escolaridade, verificou-se que 48 (55,8%) doentes tinham menos do que o 6ºano. Cerca de 73% dos doentes são casados ou vivem em união de facto. Apenas 8 (9.3%) dos doentes encontram-se desempregados, sendo que a maioria está reformada (tabela I).

Tabela I. Características Sociodemográficas da amostra

	Feminino (n=47)		Masculino (n=39)		Total (n=86)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade média (dp) (min-max)</b>	60,7 (20 – 78)	(12,8)	58,6 (28 – 82)	(14,0)	59,6 (20 – 82)	13,3
<b>Escolaridade(anos)</b>						
<6	31	66,0	17	43,6	48	55,8
6-9	10	21,3	10	25,6	20	23,3
9-12	4	8,5	5	12,8	9	10,5
>12	2	4,3	7	17,9	9	10,5
<b>Estado civil</b>						
Solteiros	6	12,8	5	12,8	11	12,8
Casados	32	68,1	31	79,5	63	73,3
Divorciados	5	10,6	2	5,1	7	8,1
Viúvos	4	8,5	1	2,6	5	5,8
<b>Situação profissional</b>						
Empregado	12	25,5	16	41,0	28	32,6
Desempregado	4	8,5	4	10,3	8	9,3
Reformado	31	66,0	19	48,7	50	58,1
<b>Agregado familiar</b>						
Sozinho	6	12,8	3	7,7	9	10,5
Acompanhado	41	87,2	36	92,3	77	89,5

### Caracterização da doença oncológica

No que se refere à doença oncológica, 38 (44,2%) doentes tinham cancro do colon, 14 (16,3%) tinham cancro da mama. Verificou-se a existência de recidiva em 35 doentes, sendo que 24 eram mulheres. A data do diagnóstico foi feita na sua maioria (76,7%) durante 2008 e 2011, o mesmo se verificando com a data da cirurgia (66,3%). Já em relação à data da quimioterapia, 43 doentes (50,0%) iniciaram a quimioterapia em 2012, sendo que 25 eram do sexo feminino. Em 39 doentes (45,3%), a doença oncológica teve implicação na sua vida profissional, 31 doentes (36,5%) estiveram ausentes do trabalho por motivos de doença. Finalmente, 83 doentes (96,5%) afirmaram que têm apoio da família (Tabela II).



Tabela II. Dados Clínicos

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Doença Oncológica</b>						
Mama	14	29,8	-		14	<b>16,3</b>
Cólon	19	40,4	19	48,7	38	<b>44,2</b>
Pulmão	1	2,1	1	2,6	2	<b>2,3</b>
Estômago	3	6,4	2	5,1	5	<b>5,8</b>
Outros	10	21,3	17	43,6	27	<b>31,4</b>
<b>Recidiva</b>						
Sim	24	51,1	11	28,2	35	<b>40,7</b>
<b>Ano Diagnóstico</b>						
2012	6	12,8	1	2,6	7	<b>8,5</b>
2008-2011	33	70,2	33	84,6	66	<b>76,7</b>
<2008	8	17,0	4	12,8	13	<b>15,1</b>
<b>Ano Cirurgia</b>						
2012	13	27,7	5	12,8	18	<b>20,9</b>
2008-2011	27	57,4	30	76,9	57	<b>66,3</b>
<2008	7	14,9	4	10,3	11	<b>12,8</b>
<b>Início Quimioterapia</b>						
2012	25	53,2	18	46,2	43	<b>50,0</b>
2008-2011	18	38,3	20	51,3	38	<b>44,2</b>
<2008	4	8,5	1	2,6	5	<b>5,8</b>
<b>Implicação Profissional</b>						
Sim	16	34,0	23	59,0	39	<b>45,3</b>
<b>Atestado Médico<sup>1</sup></b>						
Sim	15	32,6	16	41,0	31	<b>36,5</b>
<b>Apoio Família</b>						
Sim	<b>46</b>	<b>97,9</b>	<b>37</b>	<b>94,9</b>	<b>83</b>	<b>96,5</b>

<sup>1</sup>Missing value na população feminina

### Caracterização da Avaliação Psicológica

A maior parte dos doentes não tem antecedentes psiquiátricos (85,9%), nem é seguida em psiquiatria (87,1%). Contudo, as mulheres manifestam mais necessidade de apoio psicológico atualmente e no futuro. Relativamente ao nível de ansiedade e depressão, as mulheres apresentam um nível superior ao dos homens. Em relação à variável “necessidade de apoio psicológico/psiquiátrico”, os resultados estão disponíveis na tabela (Tabela III).

Tabela III. Avaliação Psicológica

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>						
Sim	11	23,9	1	2,6	12	14,1
<b>Seguido em psiquiatria</b>						
Sim	6	12,8	5	3,2	11	12,9
<b>Necessidade de apoio psicológico/psiquiátrico</b>						
Atualmente	4	10,3	2	5,7	6	8,1
Futuro	9	20,5	3	7,9	12	12,0
<b>Nos últimos 15 dias tem-se sentido</b>						
Ansioso(a)	20	43,5	11	28,2	31	36,5
Deprimido(a)	15	32,6	11	28,2	26	30,6

Apenas três mulheres para além de não se sentirem suficientemente informadas acerca da sua situação clínica, sentem-se insatisfeitas com a comunicação médico-paciente.

### Avaliação da escala HADS

Pela análise de frequências da HADS, existem apenas 4 doentes com ansiedade moderada e 2 com ansiedade grave. Com depressão moderada foram identificados 9 doentes e apenas 2 doentes com depressão grave (Tabela IV).

Tabela IV Descritivo dos n da ansiedade e da depressão

	Ansiedade		Depressão	
	n	%	n	%
<b>Normal</b>	60	69,8	58	67,4
<b>Leve</b>	20	23,2	17	19,8
<b>Moderada</b>	4	4,7	9	10,5
<b>Grave</b>	2	2,3	2	2,3

Procedemos à comparação entre as variáveis *HADS Total (perturbação emocional)*, *HADS Ansiedade* e *HADS Depressão* e as variáveis *sociodemográficas, clínicas, psicológicas e comunicacionais*.

Para o efeito, utilizámos o Teste *qui-quadrado*, com o objetivo de comparar a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras, a fim de avaliar se as proporções observadas destes eventos mostram, ou não, diferenças significativas, ou se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos. O teste *McNemar* foi utilizado para calcular a relação existente entre as variáveis “*Nos últimos 15 dias tem-se sentido ansioso*”, “*Nos últimos 15 dias tem-se sentido deprimido*” e as variáveis *HADS Total, HADS Ansiedade e HADS Depressão*.

Quanto à *HADS Total, HADS Ansiedade e HADS Depressão* e às variáveis *sociodemográficas*, não encontramos valores estatisticamente significativos no que diz respeito ao “*sexo*”, “*escolaridade*”, “*estado civil*” e “*agregado familiar*” pelo que não pudemos tirar qualquer conclusão quanto a eventual relação entre esses fatores e as variáveis de sofrimento psicológico (Tabela V).

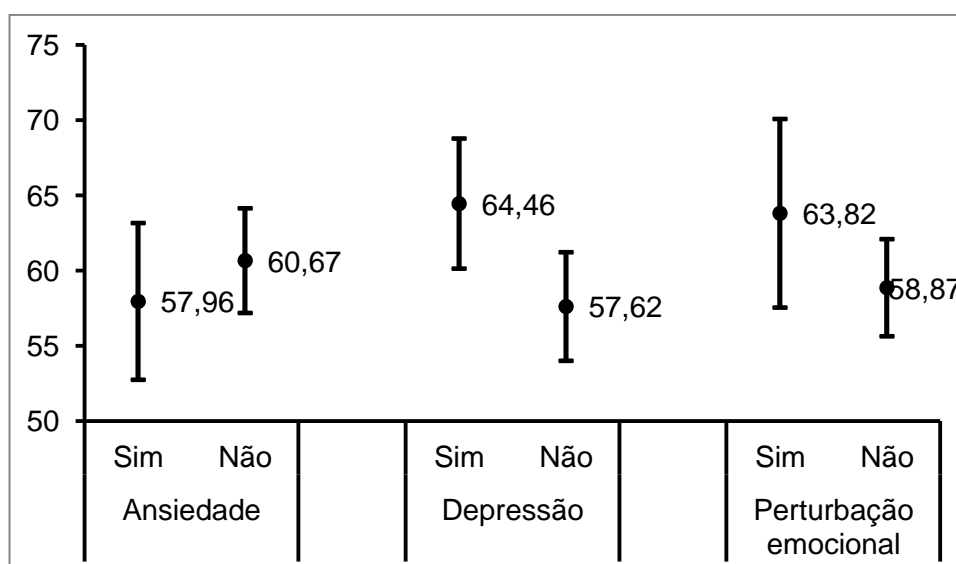
Tabela V. Relação entre as características sociodemográficas e os diferentes índices da HADS (ansiedade, depressão e perturbação emocional)

	N	Com Ansiedade		P	Com Depressão		P	Com Perturbação Emocional		p
		n	%		n	%		n	%	
<b>Sexo</b>				0,188			0,087			0,053
Feminino	47	17	36,2		19	40,4		11	23,4	
Masculino	39	9	23,1		9	23,1		6	15,4	
<b>Escolaridade (anos)</b>				0,106			0,159			0,089
<9	68	25	36,8		23	33,8		16	23,5	
≥9	18	3	16,7		3	16,7		1	5,6	
<b>Estado civil</b>				0,540			0,786			0,321
Casados	57	16	28,1		18	31,6		13	22,8	
Não casados	29	10	34,5		10	34,5		4	13,8	
<b>Situação profissional</b>				0,599			0,024			0,230
Empregado	28	10	35,7		4	14,3		3	10,7	
Desempregado	8	3	37,5		2	25,0		1	12,5	
Reformado	50	13	26,0		22	44,0		13	26,0	
<b>Agregado familiar</b>				0,187			0,958			0,491
Sozinho	9	1	11,1		3	33,3		1	11,1	
Acompanhado	77	25	32,5		25	32,5		16	20,8	

Contudo, verificámos existirem diferenças em relação à *idade e situação profissional*, no que diz respeito à depressão, pelo que consideramos dever ser registada esta relação.

O gráfico I traduz os termos da relação encontrada entre a idade e a depressão:

Gráfico I Relação entre perturbação emocional, ansiedade e depressão e idade



Os doentes deprimidos são mais velhos que os não deprimidos ( $t=2,294$ ;  $g.l.=84$ ;  $p=0,024$ ).

Ainda em relação aos dados sociodemográficos verificou-se que nos reformados a proporção de deprimidos é superior à que existe nos empregados ou desempregados (qui-quadrado=7,4;  $g.l.=2$ ;  $p=0,024$ ).

De novo, comparámos perturbação emocional, a ansiedade e a depressão com as variáveis *clínicas*. Não encontramos valores significativos no que diz respeito a “*recidiva*”; “*doença oncológica*”; “*data do diagnóstico*”; “*data da cirurgia*”; “*data da quimioterapia*”; “*implicação profissional*”; “*atestado*” e “*apoio da família*” (Tabela VI).

Tabela VI Relação entre as características clínicas e os diferentes índices da HADS (ansiedade, depressão e perturbação emocional)

	n	Com Ansiedade		P	Com Depressão		P	Com Perturbação emocional		P
		n	%		n	%		n	%	
Recidiva				0,248			0,853			0,251
Sim	35	13	37,1		11	31,4		9	25,7	
Não	51	13	25,5		47	33,3		8	15,7	
Data do diagnóstico				0,742						0,121
2012	7	3	42,9		4	57,1		3	42,9	
2008-2011	66	19	28,8		17	25,8	0,050	10	15,2	
<2008	13	4	30,8		7	53,8		4	30,8	
Data da Cirurgia										
2012	18	5	27,8		6	33,3		2	11,1	
2008-2011	57	17	29,8	0,882	16	28,1	0,229	11	19,3	0,250
<2008	11	4	36,4		6	54,5		4	36,4	
Data da Quimioterapia										
2012				0,326						
2008-2011	43	12	27,9		15	34,9		9	20,9	
<2008	38	11	28,9		11	28,9	0,795	7	18,4	0,961
	5	3	60,0		2	40,0		1	20,0	
Implicação Profissional				0,130			0,433			0,483
Sim	39	15	38,5		11	28,2		9	23,1	
Não	47	11	23,4		17	36,2		8	17,0	
Atestado				0,218						0,499
Sim	31	12	38,7		7	22,6	0,124	5	16,1	
Não	54	14	25,9		21	38,9		12	22,2	
Apoio da Família				0,905						0,548
Sim	83	25	30,1		26	31,3	0,199	16	19,3	
Não	3	1	33,3		2	66,7		17	33,3	

Nessas circunstâncias não procedemos à associação de qualquer dessas variáveis com as dimensões psicológicas que pretendemos analisar.

Comparámos ainda, a perturbação emocional, a ansiedade e a depressão com as variáveis *psicológicas*, não tendo encontrado diferenças em relação aos “*antecedentes psiquiátricos*” bem como ao “*seguimento atual em psiquiatria*.” (Tabela VII).

Tabela VII Relação entre as características da avaliação psicológica e os diferentes índices da HADS (ansiedade, depressão e perturbação emocional)

	Com Ansiedade			<i>p</i>	Com Depressão		<i>P</i>	Com Perturbação emocional		<i>P</i>
	<i>n</i>	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	
<b>Antecedentes Psiquiátricos</b>				0,115			0,488			0,213
<b>Sim</b>	12	6	50,0		5	41,7		4	33,3	
<b>Não</b>	73	20	27,4		23	31,5		13	17,8	
<b>Seguido em psiquiatria</b>				0,656			0,071			0,872
<b>Sim</b>	11	4	36,4		1	9,1		2	18,2	
<b>Não</b>	74	22	29,7		27	36,5		15	20,3	
<b>Necessidade de apoio</b>										
<b>Atualmente</b>				0,023			0,076			0,029
<b>Sim</b>	6	4	66,7		4	66,7		3	50,0	
<b>Não</b>	68	16	23,5		21	30,9		10	14,7	
<b>Futuro</b>				0,017			0,896			0,145
<b>Sim</b>	12	7	58,3		4	33,3		4	33,3	
<b>Não</b>	70	17	24,3		22	31,4		11	15,7	

Verificámos, no entanto, diferenças em relação à “*necessidade de apoio psicológico atual*” no que diz respeito à ansiedade (qui-quadrado=5,2; g.l.=1;  $p= 0,023$ ) e a *perturbação emocional* (qui-quadrado=4,7; g.l.=1;  $p= 0,029$ ), o que nos permitiu concluir pela existência de uma direta relação entre aquelas variáveis.

Assim, concluímos que os doentes que afirmam “*necessidade de apoio psicológico atual*” apresentam uma proporção superior no que se refere à presença de *ansiedade* e *perturbação emocional* comparativamente à proporção dos doentes que afirmam não precisar de apoio psicológico naquele momento.

Por fim, no que diz respeito à “*necessidade de apoio psicológico no futuro*”, a proporção dos doentes que reconhece a necessidade de apoio psicológico sente mais ansiedade do que os que não a reconhecem (qui-quadrado=5,7; g.l.=1;  $p= 0,017$ ) (Tabela VII)

Também esta constatação permitiu o estabelecimento de uma relação entre o reconhecimento da necessidade de apoio psicológico futuro e a ansiedade e perturbação emocional do doente.

Quando comparadas as respostas à questão “*Nos últimos 15 dias tem-se sentido ansioso?*” com os *índices de ansiedade* registados na HADS, constatou-se que existe *acordo observado* de 70,6% ( $K=0,343; p=0,001$ ).

Do mesmo modo, quando comparadas as respostas à questão “*Nos últimos 15 dias tem-se sentido deprimido?*” e os *índices de depressão da HADS*, constatou-se que existe *acordo observado* de 71,7% ( $K=0,349; p=0,001$ ).

Assim, 71,7% das pessoas apresentaram um resultado semelhante quer na resposta à questão “*Nos últimos 15 dias tem-se sentido deprimido?*” quer na escala *HADS Depressão*, tendo-se verificado o mesmo em relação à ansiedade, mas com um resultado de 70,6%.

A tabela (Tabela VIII) apresentada em seguida, evidencia estes resultados.

Tabela VIII Relação entre duas questões -avaliação de ansiedade e depressão os diferentes índices da HADS (ansiedade, depressão e perturbação emocional)

	<u>Com</u> <u>Ansiedade</u>		<u>Com</u> <u>Depressão</u>	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
<b>Nos últimos 15 dias tem-se sentido</b>				
<b>Ansioso(a)</b>				
<b>Sim</b>	<b>18,8</b>	17,6	-	-
<b>Não</b>	11,8	<b>51,8</b>	-	-
<b>Deprimido(a)</b>				
<b>Sim</b>	-	-	17,6	12,9
<b>Não</b>	-	-	15,3	54,2

Por fim, em relação à *perturbação emocional*, à *ansiedade* e à *depressão* não se encontraram diferenças significativas no que diz respeito às questões “*Sente-se informado acerca da sua situação clínica?*” e “*Está satisfeito com a forma como o seu médico tem comunicado consigo?*”, o que não permitiu tirar conclusões.

## Discussão

Os objetivos deste estudo consistiam em avaliar o índice de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós cirúrgica e relacionar variáveis que pudessem estar associadas às alterações dos índices de ansiedade e depressão nesse contexto. Entre essas variáveis foi enunciada a comunicação entre o médico e o doente procurando-se verificar a existência e eventual grau de interferência da percepção da comunicação nos índices de ansiedade e depressão dos doentes.

A depressão é mais prevalente em doentes oncológicos do que na população em geral e como é uma dimensão determinante na qualidade de vida e na sobrevivência (16), torna-se fundamental saber diagnosticar corretamente esta perturbação emocional.

Infelizmente, vários estudos evidenciam que, muitas vezes, o diagnóstico é subvalorizado. Esta subvalorização está relacionada com múltiplos fatores, nomeadamente, a relutância dos doentes em partilhar as suas preocupações e emoções (8) e a dificuldade dos profissionais de saúde falarem com os doentes sobre emoções (8,17).

Tal como está descrito na literatura, a prevalência da depressão e da ansiedade dos doentes oncológicos é muito variável porque são utilizadas técnicas de medição muito diferentes, e os critérios para definir ansiedade e depressão também são distintos (3,8,16).

Torna-se, então, necessário saber como diagnosticar corretamente estas perturbações emocionais. Conciliando a formação dos profissionais e a utilização de questionários validados, o diagnóstico poderá ser mais rigoroso (7,18). Os profissionais podem participar em programas de treino educacionais no sentido de melhorar a capacidade comunicacional, de reconhecimento e de lidar com as perturbações emocionais (7,8,18).

Para a avaliação da ansiedade e depressão, um dos instrumentos utilizado foi a HADS que está validada e é uma escala de confiança muito utilizada para detetar o sofrimento psicológico nos doentes com cancro (8).

Comparativamente com outros estudos que referem que a prevalência da depressão segundo a DSM-IV era de 16,5% para a depressão e 9,8% para a ansiedade (16) verificou-se que em 86 sujeitos (numero total de sujeitos), 30,2% manifestaram ansiedade e 32,6% revelaram depressão.

Dentro das variáveis sociodemográficas avaliadas, as que apresentaram valores estatisticamente significativos foram a idade e a situação profissional. De facto, encontrámos valores de depressão mais elevados nos doentes mais velhos e nos reformados.

Os doentes mais velhos podem apresentar estes resultados devido às comorbilidades prévias à doença oncológica, tais como cardiopatias, doenças reumatológicas ou mesmo défices cognitivos que poderão fazer aumentar o impacto do cancro e afetar as suas competências para lidar com a situação (4). Não encontramos estudos que relacionam a doença oncológica, a depressão dos doentes e a situação de reforma, pelo que esta situação profissional (de reformado) poderá constituir apenas uma variável dependente intimamente ligada à maior idade do doente sendo, afinal, esta a variável independente que influencia o índice sob apreciação.

Outra questão desenvolvida nesta investigação era perceber a perceção da necessidade de apoio psicológico, já que vários estudos têm sugerido que a simples solicitação de apoio psicológico por parte dos doentes apresenta valores preditivos de sofrimento psicológico semelhantes aos encontrados por instrumentos de medida específicos para o efeito (exemplo – HADS) (6,19).

Dos doentes inquiridos, 8,1% referiu necessitar de apoio naquele momento e 12,0% referiu poder vir a necessitar de apoio no futuro. Estes resultados, sugerem ser necessário promover os meios de, atempadamente, identificar os doentes que necessitem de intervenção psicológica para que se possa agir o mais rapidamente possível.

Ainda, em relação aos doentes que referiram necessitar de apoio psicológico, verificou-se que 10,3% dos doentes do sexo feminino e 5,7% do sexo masculino necessitavam de apoio

no momento atual. Em relação à sua necessidade no futuro, verificou-se que 20,5% dos doentes do sexo feminino e 7,9% do sexo masculino referiram que iriam necessitar deste apoio, considerando-se que esta diferença, entre sexos poderá estar relacionada com a dificuldade do homem em admitir a necessidade de apoio (4,6).

O reconhecimento da ansiedade e da depressão é fundamental pois, se as intervenções psicológicas forem aplicadas em tempo oportuno e de modo eficaz, conseguirão reduzir os níveis de ansiedade e depressão e também prevenir a morbilidade psicológica associada a esta doença (8,20,21). Não obstante, na nossa amostra apenas encontramos 4 doentes com ansiedade moderada e 2 doentes com ansiedade grave, bem como 9 doentes com depressão moderada e 2 com depressão grave.

Uma questão que se pretendia ver esclarecida através deste estudo, era o estabelecimento estatístico de uma relação entre os antecedentes psiquiátricos do doente e os índices de depressão ou ansiedade apresentados depois de conhecer o diagnóstico de cancro.

Da investigação efetuada não obtivemos resultados estatisticamente significativos no que diz respeito à presença de antecedentes psiquiátricos na sua relação com perturbações emocionais, o que nos impede de considerar tal relação como conclusão deste estudo. O estado de arte tem permitido, no entanto, que se considere como adquirido que um passado de ansiedade ou depressão, com apoio médico, é um fator de risco para desenvolver depressão ou ansiedade depois do diagnóstico de cancro (4,20,22).

Ao tentar relacionar as questões "*Nos últimos 15 dias tem-se sentido deprimido?*" , "*Nos últimos 15 dias tem-se sentido ansioso?*" com os índices de ansiedade e depressão obtidos na escala HADS, constatou-se que 71,7% das pessoas apresentaram um resultado semelhante quer na resposta à questão quer na escala *HADS Depressão*. O mesmo se verificou com 70,6% das pessoas que responderam quer à questão "quer à escala *HADS Ansiedade*.

Assim, estas duas questões "*Nos últimos 15 dias tem-se sentido ansioso?*" e "*Nos últimos 15 dias tem-se sentido deprimido?*" poderão ser aplicadas por qualquer profissional de saúde, desde que haja uma relação de confiança entre este e o doente, e abertura por parte do profissional de saúde (8).

Avaliação da perceção da comunicação é outro objetivo deste trabalho, pois muitos dos problemas psicológicos sofridos pelos doentes poderiam ser prevenidos ou, pelo menos, reduzidos se as capacidades de comunicação dos médicos fossem melhoradas (18).

O modo como o médico comunica com o doente afeta não só o modo como decorre a consulta e a sua capacidade de reconhecer as dificuldades psicológicas do doente, mas também a resposta ao tratamento, a satisfação e a possibilidade de adaptação do mesmo (23,24).



Face à interferência da comunicação médico-doente na capacidade do doente lidar com a sua situação clínica, considerou-se fundamental, promover uma atenção especial à realização das condições que incentivam uma real melhoria nas capacidades comunicacionais do profissional de saúde.

Esta melhoria pode ser desenvolvida pelo treino de competências de comunicação (25) que promove um aperfeiçoamento no cuidado psicológico e social oferecido aos doentes em situações tão delicadas como comunicar o diagnóstico e abordagem do tratamento paliativo (23-26). Este tipo de programas também promove a redução do *stress* emocional do profissional de saúde, já que este se sente mais confiante e com mais capacidades para comunicar com o doente (4).

Ainda em relação à comunicação, verificou-se que 93,6% dos doentes, para além de estarem satisfeitos com a comunicação utilizada pelos médicos, se sentiam bem informados sobre a sua situação clínica.

Uma das hipóteses para explicar este facto poderá estar relacionada com o trabalho desenvolvido pela equipa de psico-oncologia junto dos profissionais, nomeadamente enfermeiras do Hospital de dia no reconhecimento e desenvolvimento de competências na relação com estes doentes.

A existência de uma consulta de enfermagem realizada, desde há cinco anos, pelas enfermeiras do Hospital de Dia a todos os doentes que vão iniciar quimioterapia tem como objetivo a informação sobre o tratamento a realizar, os efeitos colaterais esperados. Nessa consulta efetua-se uma triagem dos aspetos psicológicos que não só valida a possibilidade do doente falar sobre o que sente como possibilita a orientação para a consulta de psico-oncologia se necessário.

Apesar de se ter aplicado os questionários a todos os doentes que estavam a fazer quimioterapia durante o período de Fevereiro a Maio, a dimensão reduzida da amostra constitui a maior limitação deste estudo, tendo condicionado a sua análise estatística. Com uma amostra de 86 casos não é possível perceber se o tipo de cancro interfere com os índices de ansiedade e depressão.

Apesar da escala HADS ser de autopreenchimento e de muitos doentes terem solicitado para ser a investigadora a preencher, não é expectável que tal limitação interfira com os resultados, não constituindo assim um viés.

## **Conclusão**

O estudo efetuado permitiu concluir pela existência de vários fatores que diretamente condicionam as respostas do doente oncológico em termos de depressão e ansiedade.

O conhecimento destes fatores e da sua relação direta com o agravamento daquelas respostas permite intervir mais rapidamente e de forma mais eficaz quando o doente já apresenta variáveis que objetivamente agravam o risco de depressão ou ansiedade, como a idade, inatividade profissional e os antecedentes psiquiátricos.

Os resultados da necessidade de apoio psicológico atual ou futuro estão de acordo com os valores de ansiedade de depressão encontrados.

A aplicação de duas questões de auto-avaliação de ansiedade e depressão pode ser um instrumento inicial de triagem para a avaliação destas dimensões. Os índices de ansiedade e depressão encontrados são inferiores aos encontrados na literatura. Estes resultados são objeto de reflexão e enquadrados na organização dos cuidados prestados aos doentes a realizar quimioterapia no Hospital de Dia do CHP-HSA.

No conhecimento e tratamento destes fatores revelou-se fundamental a existência de uma comunicação aberta entre o doente e o médico, considerando-se que esta relação será tanto mais proveitosa nesse conhecimento quanto melhor for a qualidade da comunicação entre médico e doente, salientando-se nesta relação o papel fundamental a desempenhar pelo médico.

A relação médico doente não é, evidentemente, unidirecional. E se o médico representa um papel fundamental não só no estabelecimento dessa relação mas no desenvolvimento posterior da mesma, o doente tem papel ativo no processo da doença e este papel pode ser melhorado ou otimizado no sentido do bem-estar psicológico do doente.

Nesta otimização revela-se como fundamental a relação médico doente que é, por definição, uma relação de terapia.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a colaboração na realização deste trabalho de investigação:

À minha orientadora, Dra. Sara Moreira, por ter aceite orientar - e efetivamente, ter orientado - este trabalho de instigação. Sempre disponível e tranquilidade características de personalidade bem marcadas, muito me ajudou a ultrapassar as dificuldades. Muito obrigada

À minha co-orientadora, Dra. Margarida Branco, toda a atenção e disponibilidade sempre manifestadas.

Ao Dr. Rui Magalhães, pela disponibilidade, atenção, rigor e paciência sempre manifestadas na verificação do tratamento dos dados recolhidos.

Às psicólogas Eunice e Marta Couto que me ajudaram com o trabalho de campo.

A todos os enfermeiros e funcionários do Hospital de Dia que me ajudaram a identificar quais os doentes que tinha que aplicar os questionários.

Aos doentes que colaboraram no estudo sem cujas respostas não teria sido possível efetuá-lo.

## **ANEXO 1**

### **Pedido e Autorização da utilização da HADS**

## **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)**

e-mail: jlpr@fpce.up.pt

Exmo. Senhor Prof. Doutor José Pais-Ribeiro,

Venho por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, a autorização para a utilização da Versão Portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. O meu nome é Sofia Pinheiro Torres, sou aluna do 6ºano de medicina e pretendo utilizar este instrumento no estudo, “Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto” que será desenvolvido no contexto da Dissertação do Mestrado Integrado de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto.

O presente trabalho tem por objectivos avaliar os índices de depressão e ansiedade nos doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós cirúrgica no Centro Hospitalar do Porto, caracterizar do ponto de vista sócio-demográfico esta população, avaliar a existência ou não de antecedentes psiquiátricos, avaliar a percepção do doente da necessidade actual ou futura de apoio psicológico para si ou família e avaliar a qualidade da comunicação médico-doente.

E por conseguinte, venho pedir as referências necessárias para a cotação do mesmo.

Agradecendo desde já a sua atenção, ficamos ao seu dispor para esclarecimentos que achar pertinentes, sobre este assunto.

Com os meus melhores cumprimentos,

Sofia Pinheiro Torres

## **Resposta ao pedido para utilizar a HADS**

Date: Wed, 16 Nov 2011 08:48:46 +0000

Subject: Re: Autorização para a utilização do HADS

From: jlpr@fpce.up.pt

To: sofia\_pinheiro\_torres@hotmail.com

Não me oponho a que utilize a versão do HADS em português que estudei e validei com uma amostra da população portuguesa

José Luis Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt) ; mobile phone: (351) 965045590 web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

## **ANEXO 2**

### **Apreciação e Parecer para a realização de Trabalho Académico-MIM**

Exm.<sup>a</sup>

Sofia Ribas Pinheiro Torres

Aluna do ICBAS

**ASSUNTO:** Trabalho Académico de MIM - “Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto” - N/ REF.<sup>a</sup> 257/11(163-DEFI/243-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, nos Serviços de Oncologia, Hospital de Dia, Consulta Externa e Psiquiatria, sendo Investigador Principal a aluna do ICBAS, Sofia Ribas Pinheiro Torres.

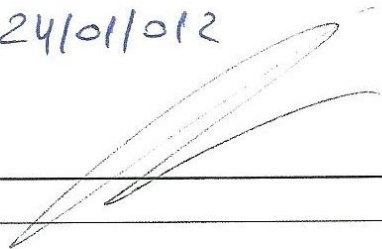
O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
25/1/2012  
Dr. SOLER ALLEGRO  
Presidente  
Dr. PAULO BARBOSA  
Director Clínico  
Dr.º ÉLIA GOMES  
Vogal Executiva  
Dr. PORTO GOMES  
Vogal Executivo  
Enf.º EDDARDO ALVES  
Enfermeiro Director

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MIM

Título: "Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto"		Ref. <sup>a</sup> : 257/11(163-DEFI/243-CES)
Protocolo/Versão:	Promotor:	Investigador: Sofia Ribas Pinheiro Torres Aluna do ICBAS

<b>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM:</b>  <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA  <input type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL  <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data:  _____	<b>DIRECÇÃO CLÍNICA:</b>  <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL  <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data: 24/01/12   _____  DR. PAULO BARBOSA (Director Clínico)
---	---



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIACÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 11.1.2012	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto"		Ref.ª: 257/11(163-DEFI/243-CES)
Protocolo/Versão:	Promotor:	Investigador: Sofia Ribas Pinheiro Torres Aluna do ICBAS

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **Trabalho Académico - MIM** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo  
Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Enf.ª Paula Duarte, Dr.ª Fernanda Manuela, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge

Resultado da votação:

**PARECER FAVORÁVEL**


A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 11.1.2012

A/Presidente da CES

  
Dr.ª Luisa Bernardo

  
24/11/12  
DR. SEVERO TORRES  
Adjunto do Director Clínico

N.º Interno: 257/11(163-DEFI/243-CES)

Título: "Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto"

**SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)**

☐ Recepção no SEI

30/NOV/2011

Ass. Def

☐ Enviado ao DEFI p/ parecer

30/NOV/2011

Ass. Def

☐ Enviado à CES p/ parecer

19/XII/2011

Ass. Def

☐ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer

18/01/2012

Ass. Def

☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass. /

☐ Enviado ao CA p/ autorização

18/01/2012

Ass. Def

☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass. /

☐ Recebido parecer do DEFI

15/XII/2011

Ass. Def

☐ Recebido parecer da CES

11/01/2012

Ass. Def

☐ Recebido parecer da Direcção Clínica

24/01/2012

Ass. Def

☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass. /

☐ Recebida autorização do CA

25/01/2012

Ass. Def

☐ Informado proponente da decisão

31/01/2012

Ass. Def

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)**

☐ Recepção na CES

19/XII/2011

Ass. Def

☐ Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. /

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. /

Parecer da CES ☒ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

11/01/2012

Ass. Def

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass. /

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass. /

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

\*12/01/2012

Ass. Def

Observações

\* Aguarda doc. rectificado.

**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)**

☐ Recepção na CFT

/ /

Ass. /

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass. /

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass. /

Observações

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)**

☐ Recepção no CA

/ /

Parecer do CA

☐ Autorizado ☐ Não autorizado

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

31/01/2012

Ass. Def

Observações

**DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)**☐ Recebido no Secretariado do GCI

30 NOV. 2011

Ass. ☐ Reenviado ao SEI

15/11/2011

Ass. **GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)**Apreciação do GCI ☒ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

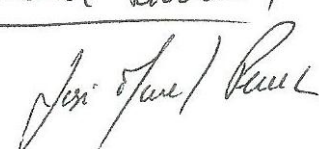
6-12-2011

A proposta de trabalho académico de investigação foi analisada pelo GCI/DEFI tendo sido aprovado, pelo que foram solicitados esclarecimentos à autora/investigadora.



15-12-2011

A proposta de trabalho académico de investigação foi reanalisada pelo GCI/DEFI após análise dos esclarecimentos solicitados.

Parer Favorável  


## **ANEXO 3**

**Informação para os participantes**

**Consentimento Informado**

### **INFORMAÇÃO PARA OS PARTICIPANTES:**

O presente trabalho tem por objetivo principal conhecer melhor os doentes que frequentam o Hospital de Dia e se encontram a fazer o tratamento de quimioterapia pós-cirurgia, perceber quais principais repercussões da doença na sua vida pessoal e familiar, bem como identificar a necessidade atual ou futura de apoio psicológico para si ou família. Também pretende avaliar a qualidade de informação que tem sobre a sua doença.

Se concordar em participar, será consultado o seu processo clínico e será pedido que responda a questionários, com apoio de psicólogas, psiquiatra e enfermeiras do Hospital de Dia. Qualquer dado relativo à identificação dos participantes neste estudo será confidencial e anónimo, assim como a divulgação no meio científico dos resultados obtidos.

Os participantes podem recusar-se ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por esse facto.

Em caso de dúvidas ou perguntas relativas a este estudo poderá dirigir-se às psicólogas ou enfermeiras do Hospital de Dia, que estarão disponíveis para todos os esclarecimentos.

Contamos com a sua participação.

Muito obrigada!

Sofia Pinheiro Torres - Mestrado Integrado em Medicina – ICBAS/UP





DEFI  
DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

## Estudos de investigação Modelo de Consentimento Informado



### CONSENTIMENTO INFORMADO

#### **Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto**

Eu, abaixo-assinado [nome completo do indivíduo participante do estudo],

Fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar os índices de depressão e ansiedade nos doentes oncológicos a fazer quimioterapia pós cirúrgica no Centro Hospitalar do Porto, caracterizar do ponto de vista sociodemográfico esta população, avaliar a existência ou não de antecedentes psiquiátricos, avaliar a perceção do doente da necessidade atual ou futura de apoio psicológico para si ou família e avaliar a qualidade da comunicação médico-doente.

Sei que neste estudo está prevista a realização de inquérito preenchido no momento da consulta, tendo-me sido explicado em que consistem e para que serve.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Concordo que sejam efectuados os inquéritos e que sejam trabalhados os dados daí obtidos.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do Profissional Participante no Estudo

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4**

### **Questionário**

#### **HADS**

Código atribuído ao doente \_\_\_\_\_ Data de aplicação do questionário \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Questionário demográfico:**

(Assinale com um X)

1. SEXO ☐ Feminino ☐ Masculino

2. DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

3. NÍVEL DE ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_ (anos completos)

4. ESTADO CIVIL

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ Viúvo(a)

☐ União de facto

☐ Divorciado(a)

☐ Outro

5. AGREGADO FAMILIAR

Na maior parte do ano reside:

☐ Sozinho(a)

☐ Com os pais

☐ Com o cônjuge/ companheiro

☐ Com os filhos

☐ Com outros familiares (irmãos, primos, tios, etc.)

☐ Com amigos

☐ Em lar ou instituição de acolhimento

6. PROFISSÃO \_\_\_\_\_

7. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

☐ Empregado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ Reformado (a)

**Doença Oncológica:**

1. TIPO DE NEOPLASIA

☐ Mama

☐ Cólon

☐ Pulmão

☐ Prostata

☐ Estômago

☐ Outro

2. RECIDIVA

☐ SIM

☐ NÃO

3. DATAS

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Cirurgia \_\_\_\_\_ Início da quimioterapia \_\_\_\_\_

4. TRABALHO

Já teve que pedir atestado por não conseguir trabalhar

☐ SIM

☐ NÃO

5. APOIO DA FAMÍLIA

☐ SIM

☐ NÃO

**Avaliação psicológica:**

Antecedentes Psiquiátricos ou Psicológicos?

☐ SIM

Quando? \_\_\_\_\_

Se esteve internado, onde foi? \_\_\_\_\_

☐ NÃO

Actualmente é seguido em Psiquiatria/Psicologia?

☐ SIM

☐ NÃO

Se sim: ☐ Psiquiatra ☐ Psicólogo ☐ Instituição \_\_\_\_\_

Se não tem apoio psiquiátrico/psicológico:

Acha que neste momento, precisa de apoio psicológico? ☐ SIM ☐ NÃO

Acha que futuramente poderá vir a precisar de apoio

psicológico para si ou para a sua família?

☐ SIM

☐ NÃO

Nos últimos 15 dias tem-se sentido ansioso(a)?

☐ SIM

☐ NÃO

Nos últimos 15 dias tem-se sentido deprimido(a)?

☐ SIM

☐ NÃO

**Comunicação:**

Sente-se informado acerca da sua situação clínica?

☐ SIM

☐ NÃO

Está satisfeito com a forma como o seu médico

tem comunicado consigo?

☐ SIM

☐ NÃO



## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

A: \_\_\_\_\_

D: \_\_\_\_\_

Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD (Zigmond & Snaith, 1983). Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Baltar e J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo

## **ANEXO 5**

### **Tabela com análise estatística**

Tabela IX Relação entre a comunicação e a ansiedade e depressão

	n	Com Ansiedade		p	Com Depressão		p	Com Sofrimento emocional		P
		n	%		n	%		n	%	
Informado sobre situação clínica				0,246			0,977			
Sim	83	26	31,3		27	32,5		17	20,5	0,382
Não	3	-	-		1	33,3		0	-	
Satisfeito com o modo de comunicação do médico				0,246			0,977			0,382
Sim	83	26	31,3		27	32,5		17	20,5	
Não	3	-	-		1	33,3		0	-	

## Referências

1. IPO. Registo Oncológico Regional do Norte, 2006 Porto; 2010.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 - Cancer Incidence and Mortality Worldwide; 2010.
3. Boyes A, Girgis A, D'Este C, Zucca A. Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis. *Journal of Affective Disorders*. 2011;; p. 184–192.
4. N.B.C.C.. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Camperdown,NSW.; 2003.
5. Fallowfield L, Lipkin.M. , Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase 1 of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology*. 1998;; p. 1961-1968.
6. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder , J. , et al. Cancer patients desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*. 2010: p. 141-149.
7. Absolom K, Holch P, Pini K, Hill K, Liu A, Sharpe M, et al. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psycho-Oncology*. 2011: p. 601-608.
8. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer.C. , Knight L, Riesbeck M, Herfarth C. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology*. 2004 Abril: p. 1243–1249.
9. Tel H, Dogan S. Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, psychiatry and Brain research*. 2011;; p. 42-45.
10. Fawzy FI FNHCERGDFJMD. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Arch Gen Psychiatry*. 1993: p. 50-68.
11. Cohen J, Cullen J, Martin J. Psychosocial aspects of cancer. *Diagnosis and management of cancer*. 1982..
12. Ryan H, Cockburn J, Schofield.P. , Butow P, Tattersall M, Bandaranayake D, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2005: p. 7-15.
13. Back A, Arnold R, Baile W, Tulsky J, Freyer-Edwards K. Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005: p. 164-177.
14. Tales C. Communicating in cancer care. 2007. (supported by an educational grant by Mundipharma International Limited, Cambridge, Uk).

15. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, BALTAR M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*. 2006: p. 1-13.
16. Mitchell A, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*. 2011 Janeiro : p. 160–74.
17. Trancas B, Cardoso G, Luengo A, Vieira C, Reis D. Depressão no doente oncológico - Considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*. 2010 junho 14: p. 1101-1112.
18. Fallowfield L, D. R, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*. 2001;; p. 1011-1015.
19. Baker E, Park B, Granger L, Symonds P, Mitchell A. Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help questio. *Psycho-Oncology*. 2010.
20. Pitceathly C, Manguire P, Fletcher I, Parle M, Tomenson B, Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of Oncology* 20. 2009: p. 928-934.
21. Velikova G. Patient Benefits From Psychosocial Care: Screening for Distress and Models of Care. *Journal of Clinical Oncology*. 2010.
22. Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, UCHIDA M, Nakaguchi T, ITO Y. Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients. *Palliative and Supportive Care* (2011), 9, 103–105. 2011: p. 103–105.
23. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Devaulx N, Marchal SBJ, Etienne A, et al. Factors that influence cancer patients's anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology*. 2006: p. 1450-1458.
24. Razavi D, Delvaux N. Communication skills and psychological training in Oncology. *European Journal of cancer*. 1997: p. S15-S21.
25. Ravazi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. How to optimize physician's communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *Journal of Clinical oncology*. 2003 Agosto: p. 3141-3149.
26. Delvaux N, Ravazi D, Marchal S, Brédart A, Farvacques C, Slachmuylder J. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *British Journal of Cancer*. 2004: p. 106-114.
27. Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive Care in Cancer*. 1995;; p. 45-60.

28. Pereira MG, Figueiredo AP. Depressão, Ansiedade e Stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal - Validação do HADS e IES numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*. 2008 Abril-Junho.
29. Kissane D, Clarke D, J I. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*. 1998;; p. 192-196.
30. McDaniel J, Dominique L, Mary-frances R, Reed D, Nemecroff C. Depression in patients with cancer diagnosis,biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1995: p. 89-99.
31. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface*. 2007 Setembro/Dezembro; 11.
32. Pereira MdG. Satisfação do utente e atitude face aos médicos e medicina: estudo piloto. *SAÚDE & DOENÇAS*. 2001: p. 69-80.
33. Nassar MRF. Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico – paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. 2006..
34. Caprara A, Franco A. A Relação paciente-médico:para uma humanização da prática médica. *Caderno Saúde Pública*. 1999 jul-set: p. 647-654.
35. Ha JF, Anat DS, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010 38–43; 10.
36. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*. 2002 SEPTEMBER; VOLUME 325.
37. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cance*. 2010; 10.
38. N.B.O.C.C. NBaOCC. An Introduction to Communication Skills Trainig: Providing information to people with cancer..
39. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature,Associations, and Relation to Quality of Life. 2002..
40. Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology*. 2010: p. 204–207.
41. Chintamani , Gogne A, Khandelwal R, Tandon M, Jain S, Y. K, et al. The correlation of anxiety and depression levels with response to neoadjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*. 2011; 2.
42. Osborn R, Demoncada A, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cancer survivors:meta-analyses. *J. Psychiatry in medicine*. 2006: p. 13-34.

43. Bidstrup P, Johansen C, Mitchell A. Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. 2011..
44. Kleiboer A, Bennett F, Hodges L, Walker J, Thekkumpurath P, Sharpe M. The problems reported by cancer patients with major depression. *Psycho-Oncology*. 2011: p. 62-68.
45. Evans R, Beeken R, Steptoe A, Wardle J. Cancer information and anxiety: Applying the extended parallel process model. *Journal of Health Psychology*. 2011.
46. Edwards A, Hailey S, Maxwell M. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer (Review). 2006. *The Cochrane Library* 2006, Issue 3.
47. Williams N, Neal R, Morrison V, Hood K, Wilkinson C. Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*. 2011.
48. Husson O, Mols F, Poll-Franse L. The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*. 2011: p. 761–772.
49. Patel D, Sharpe L, Thewes B, Bell M, Clarke S. Using the distress thermometer and hospital anxiety and depression scale to screen for psychosocial morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer. *Journal of Affective Disorders*. 2011: p. 412–416.
50. Suzuki N, Ninomiya M, Maruta S, Hosonuma S, Nishigaya Y, Kobayashi Y, et al. Psychological characteristics of Japanese gynecologic cancer patients after learning the diagnosis according to the hospital anxiety and depression scale. *The Journal of Obstetric and Gynaecology Research*. 2011 Jul; p. 800–808.
51. Devine E, Westlake S. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*. 1995; p. 1369-1381.
52. Sellick S, Crooks D. Depression and cancer. An appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychosocial interventions. *Psycho-Oncology*. 1999: p. 315-333.
53. Linden W, Vodermaier A. Mismatch of desired versus perceived social support and associated levels of anxiety and depression in newly diagnosed cancer patients..
54. L. W. Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 1999: p. 9–13